Bijlage 1. Analyse uitkomst Buitenhof en inhoudelijke reactie op meldingen

Inleiding

In deze analyse vindt u een overzicht van de meldingen van burgers en individuele beroepsbeoefenaren. De suggesties van veldpartijen zijn te divers om op een vergelijkbare manier te analyseren. Zoals in de brief aangegeven zullen ook die suggesties voor zover zij betrekking hebben op het te verzekeren pakket worden voorgelegd aan het CVZ. De overige suggesties zullen op vergelijkbare wijze als de meldingen van burgers worden meegenomen in mijn beleidsontwikkeling.

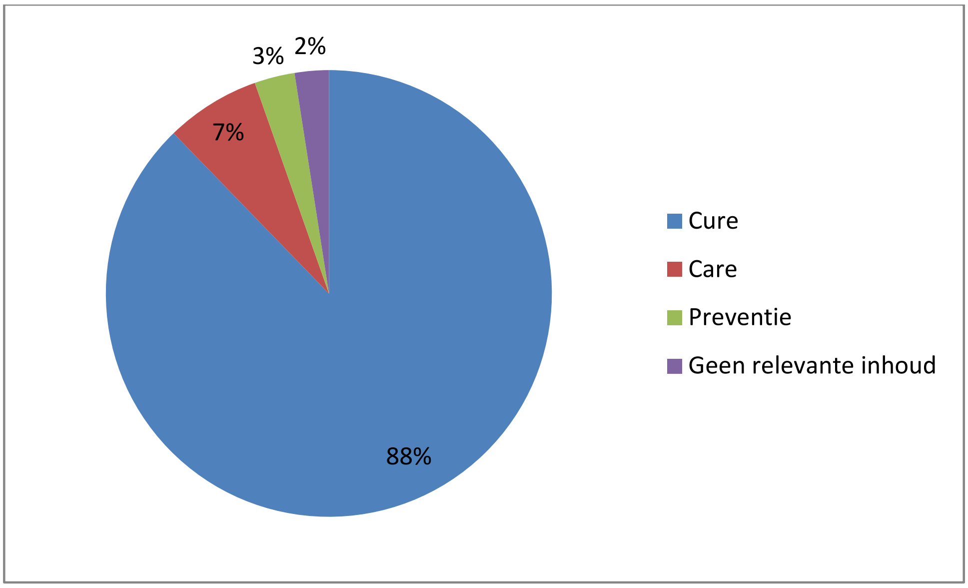
Algemeen beeld meldingen

Burgers en individuele beroepsbeoefenaren hebben de gelegenheid gehad hun suggesties via e-mail en per brief te doen. In totaal hebben 2543 mensen van die gelegenheid gebruik gemaakt. Daar zijn samen 3921 suggesties uit voortgekomen.

Uit de mails en brieven die zijn binnengekomen blijkt dat veel melders vanuit hun persoonlijke ervaring als patiënt, familielid of beroepsbeoefenaar melden. Ook heeft een aantal organisaties in eigen kring een meldactie gehouden en die gebundeld aan mij aangeboden. Daarbij gaat het om de patiëntenorganisaties Zorgbelang Fryslan en Klaverblad Zeeland, het Brabants Dagblad en Arts&Auto.

Sommige melders hebben hun verhaal uitgebreid op papier gezet met een toelichting op hoe zij de zorg persoonlijk ervaren, anderen hebben zich beperkt tot een enkele kreet of opmerking.

Figuur 1. Terrein melding



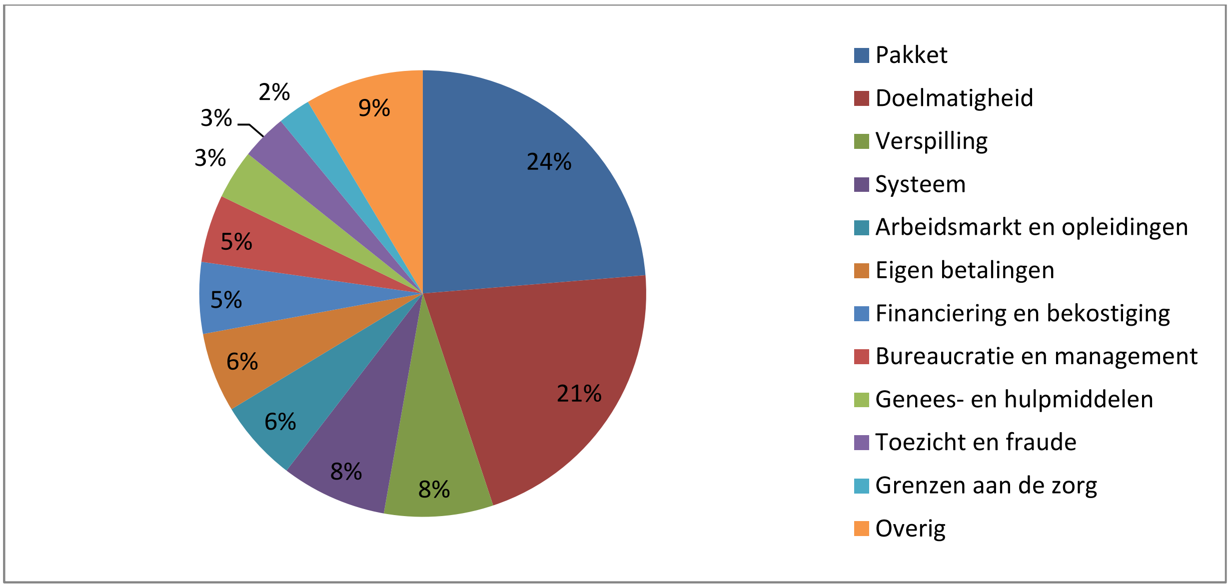
Het overgrote deel van de meldingen heeft betrekking op de cure. Dat is ook het terrein waar de oproep betrekking op had. Die ging immers om suggesties voor pakketmaatregelen in de Zorgverzekeringswet.
Ook zijn suggesties gedaan op het terrein van de care en van preventie. Bij de categorie 'Geen relevante inhoud' gaat het om meldingen die geen suggesties betreffen op het terrein van de zorg.

Inhoud meldingen

Binnen de cure (in totaal 3532 suggesties) zijn de meldingen onderverdeeld in twaalf categorieën.

De oproep had betrekking op de invulling van de pakketmaatregelen, zoals afgesproken in het Regeerakkoord. Melders hebben dat niet alleen opgepakt door suggesties te doen op het terrein van het te verzekeren pakket, maar ook op allerlei andere terreinen.

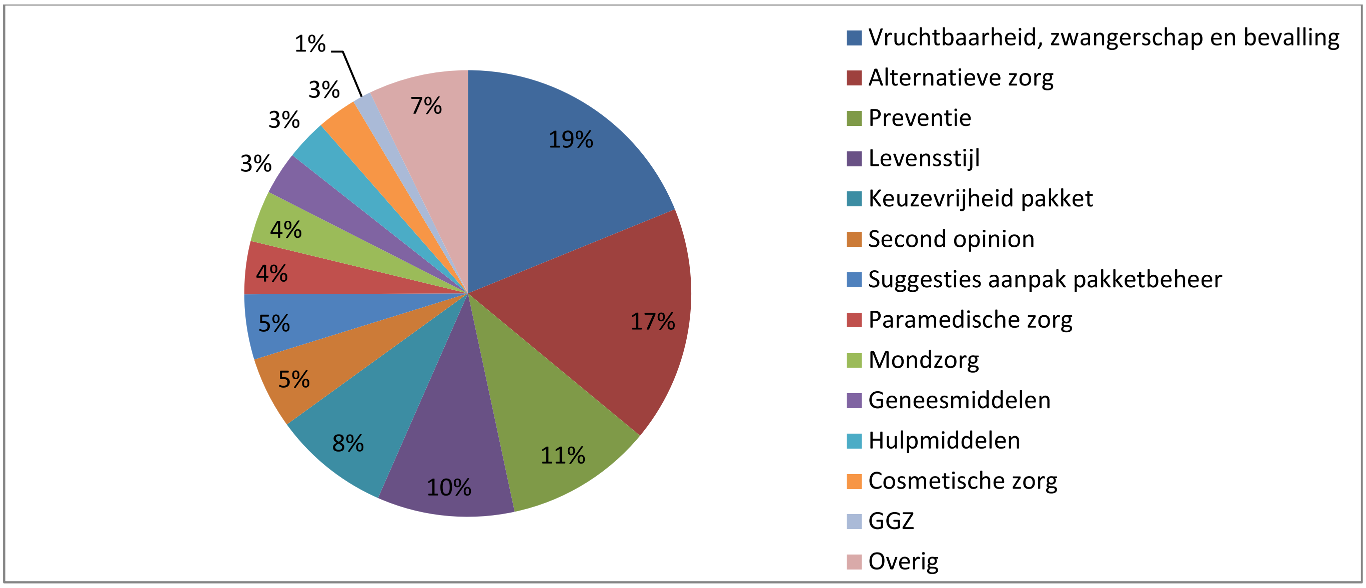
Figuur 2. Categorieën Cure



Meldingen Pakket

Op het terrein van het te verzekeren pakket van de zorgverzekeringswet zijn in totaal 807 suggesties binnengekomen.

Figuur 3. Uitsplitsing meldingen pakket



De meldingen over het pakket laten een zeer divers beeld zien met een aantal duidelijke uitschieters. De top vijf van categorieën zijn Vruchtbaarheid, zwangerschap en bevalling, Alternatieve zorg, Preventie, Levensstijl en Keuzevrijheid pakket.

De meeste meldingen zijn binnengekomen in de categorie Vruchtbaarheid, zwangerschap en bevalling. Veel melders geven er blijk van dat zij niet of niet meer gebruik zullen maken van deze zorg en dat zij daar om die reden niet aan willen meebetalen. Ook wordt regelmatig genoemd dat het krijgen van kinderen, anders dan ziekte, een keuze is en de kosten daarvan voor eigen rekening zouden moeten komen. Met name wordt binnen deze categorie vaak genoemd dat IVF en andere vruchtbaarheidsbehandelingen voor eigen rekening zouden moeten komen of dat de aanspraak daarop beperkt zou moeten worden. Overigens zijn er ook melders die benadrukken dat deze zorg juist wel in het pakket moet blijven of dat de aanspraak hierop uitgebreid moet worden.

De tweede opvallende uitschieter zijn de suggesties op het terrein van de alternatieve zorg. Uit de meldingen blijkt dat een aantal organisaties voor alternatieve zorg hun achterban hebben opgeroepen om hierover te melden. Daarmee zijn veel suggesties binnengekomen om alternatieve zorg in het basispakket op te nemen. Er zijn ook melders die aangeven dat de alternatieve zorg juist niet meer vergoed zou moeten worden. Soms wordt gesuggereerd dat ook het aanvullende pakket geen alternatieve zorg zou moeten bevatten.

Ook wordt er veel gemeld over preventie. De meldingen zijn divers. Sommige melders bepleiten dat er meer preventie vanuit de basisverzekering vergoed zou moeten worden, anderen geven juist aan dat dat minder zou moeten. Binnen deze categorie wordt met name vaak genoemd dat de behandeling voor stoppen met roken niet meer vergoed zou moeten worden.

De vierde grootste categorie bij het pakket is de categorie levensstijl. Daarbij zijn veel meldingen binnengekomen die inhouden dat de melder vindt dat ziekte waaraan de patiënt door zijn levensstijl zelf aan heeft bijgedragen niet ten laste van het basispakket van de zorgverzekering zou moeten komen. Daarbij worden bijvoorbeeld genoemd ziekte door roken of overgewicht, comazuipen of het beoefenen van een (gevaarlijke) sport.

Tenslotte is veel gemeld over keuzevrijheid in het pakket. Hoewel enkele melders benadrukken dat er een breed basispakket moet blijven, of zelfs dat het huidige basispakket moet worden uitgebreid, heeft het grootste deel van de meldingen binnen deze categorie betrekking op versmalling van het pakket, waarbij meer ruimte is voor een pakket op maat per doelgroep, eventueel naar eigen keuze. Opvallend daarbij is dat relatief veel melders aangeven dat er een verschillend basispakket voor jongeren en ouderen moet komen. Hoewel niet is gevraagd naar de leeftijd van de melders, blijkt uit de melding daarbij vaak dat met name oudere melders met deze suggestie komen. Zij hebben de indruk dat er veel specifieke zorg voor jongeren in het pakket zit, zoals behandelingen die voor kinderen wel vergoed worden of zorg rond vruchtbaarheid, zwangerschap en bevalling, waardoor de premies voor hen onnodig hoog zijn.

Ook bij het Meldpunt Verspilling zijn verschillende meldingen binnengekomen die betrekking hebben op het te verzekeren pakket. Die meldingen hebben, vergelijkbaar met de meldingen die via deze oproep binnen zijn gekomen, veelal betrekking op zorg die naar het gevoel van de melders noodzakelijk is in verband met de levensstijl van de patiënt. Ook meldt men behandelingen waarvoor de melder zelf nooit in aanmerkingen zouden komen als verspilling (denk aan kraamzorg en IVF).

Zoals aangegeven zal ik de meldingen over het te verzekeren pakket van de Zorgverzekeringswet voor een toets voorleggen aan het CVZ. Ik zal het CVZ daarbij verzoeken om zich over alle onderwerpen waarover suggesties zijn gedaan met betrekking tot het te verzekeren pakket een oordeel te vormen. Niet voor alle onderwerpen zal een uitgebreid advies noodzakelijk zijn, bijvoorbeeld in verband met recente adviezen of beperkte mogelijkheden in verband met internationale verdragen die zorg op bepaalde terreinen verplicht stellen.

Meldingen overige categorieën

Het grootste deel van de meldingen heeft geen betrekking op het te verzekeren pakket van de Zorgverzekeringswet. Melders hebben de gelegenheid te baat genomen om suggesties te doen op allerlei verschillende terreinen.
Hieronder geef ik aan op welke manier de thema's waarover de meeste meldingen zijn binnengekomen worden opgepakt.

Doelmatigheid
In de categorie doelmatigheid zijn suggesties opgenomen die tot doel hebben om de doelmatigheid en kwaliteit van de zorg te verbeteren. Daarbij gaat het met name om onderwerpen waarover het kabinet met partijen in de zorg sector afspraken heeft gemaakt in het kader van de recente hoofdlijnenakkoorden die het kabinet met partijen heeft gesloten. Dat illustreert dat de ideeën die in het land leven ook door de partijen bij de hoofdlijnenakkoorden van even groot belang worden gevonden.

In deze akkoorden is vastgelegd dat de groei van de zorguitgaven wordt teruggebracht ten opzichte van de akkoorden die eerder gesloten zijn voor de periode 2012–2015 en ten opzichte van het groeipad uit het regeerakkoord Rutte-Asscher. Om invulling te geven aan deze ambitie is bijvoorbeeld in het akkoord medisch specialistische zorg afgesproken dat vóór 1 november 2013 een kwaliteits- en doelmatigheidsagenda medisch specialistische zorg op zal worden gesteld, waarbij expliciet is afgesproken dat de reacties op de "Buitenhofoproep" hierin zullen worden meegenomen.

De onderwerpen die in de categorie doelmatigheid door melders vooral veel worden genoemd zijn 'Inzicht in zorgkosten' en 'Gepast gebruik van zorg'. Ik zal kort toelichten op welke wijze op dit moment aan die onderwerpen wordt gewerkt.

Inzicht in zorgkosten
Veel van de melders geven aan dat de patiënt meer inzicht moet krijgen in de zorgkosten. Daarmee wordt het kostenbewustzijn vergroot, wat bijdraagt aan zinnig en zuinig gebruik van zorg, en het stelt patiënten beter in staat mogelijke onjuistheden in de declaraties, eigen risico en ingehouden eigen bijdragen te signaleren. Dit is één van de speerpunten van mijn beleid de komende periode en ik word daarin gesterkt door de vele suggesties op dit terrein.

Achteraf inzicht in de kosten: Zorgverzekeraars gaan dit voor de medisch specialistische zorg doen door de terugkoppeling van de zorgkosten aan de verzekerde begrijpelijker te maken (goede consumentenvertaling) en uit te breiden (door het toevoegen van de relevante zorgactiviteiten). Ik heb hierover in het onderhandelaarresultaat Medisch Specialistische Zorg 2014 tot en met 2017 afgesproken dat de zorgverzekeraars vanaf uiterlijk medio 2014 (als de eerste DOT-zorgproducten gedeclareerd gaan worden) in staat zijn de zorgnota uit te breiden met informatie over daadwerkelijk aan de verzekerde geleverde zorgactiviteiten. De NZa voert dit najaar een privacytoets uit om te borgen dat extra informatie-uitwisseling van gegevens (onderliggende zorgactiviteiten) tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar aan de wetgeving voldoet. De motie Van der Staaij (29 689, nr. 457) in het VAO Zorgverzekeringswet over het belonen van verzekerden voor het melden van onjuiste declaraties wordt betrokken bij het plan van aanpak kostenbewustzijn.

Vooraf inzicht in de kosten: Bij veel zorgvragen is het vooraf niet mogelijk om een prijsopgave te geven. Ook het bieden van een prijsrange is vaak lastig, omdat de ernst van een klacht en de behandeling dikwijls gedurende het zorgtraject pas duidelijk wordt. Vage buikklachten kunnen bijvoorbeeld gedurende het zorgtraject onschuldig blijken, terwijl bij sommige patiënten sprake kan zijn van een tumor. Alleen voor behandelingen waar vooraf duidelijk is wat er aan de hand is kan wel een prijsopgave worden gegeven. Wij zijn met zorgaanbieders in gesprek om deze behandelingen in beeld te brengen. Het is van belang om ook inzicht te hebben in de zorgkosten zodat patiënt en medisch specialist gezamenlijk de juiste keuze kunnen maken op het gebied van kwaliteit én zorgkosten. Hierover zijn wij in gesprek met de Orde van medisch specialisten in het kader van de campagne 'verstandig kiezen'. Deze campagne is gericht op het ondersteunen van de

arts en de patiënt bij het maken van een keuze voor een behandeling. Tot slot zijn wij met alle partijen gezamenlijk in gesprek over hoe het aspect kosten in het algemeen meer gecommuniceerd kan worden richting de patiënt. Bijvoorbeeld met goede brochures in de wachtkamer

De Tweede Kamer wordt per brief in het najaar van 2013 en in het voorjaar van 2014 geïnformeerd over de voortgang van de deelonderwerpen van 'kostenbewustzijn medisch specialistische zorg'.

Gepast gebruik van zorg
De suggesties onder de noemer gepast gebruik zijn zonder uitzondering een pleidooi voor minder onnodige zorg. Dat is een doelstelling waar alle betrokken partijen in de zorg zich kunnen vinden. Zoals in het akkoord medisch specialistische zorg is vastgesteld, zal inzet van al deze partijen ook nodig zijn om noodzakelijke veranderingen tot stand te brengen. In de eerste plaats vergt het van de professionals een systematische doorlichting van richtlijnen en protocollen die leidt tot een aanscherping en betere duiding wanneer zorg nuttig en noodzakelijk is en hoe deze zorg op gepaste wijze dient te worden verleend. Naast de medisch professional hebben ook de instellingen van medisch specialistische zorg een rol om de gevolgen van deze scherpere protocollering in hun organisatie te verwerken en de inhoudelijke en financiële voortgang ervan te bewaken. Voor de zorgverzekeraars zal het op hun beurt betekenen dat zij de zorginkoop en hun controles zodanig inrichten dat het gebruik van richtlijnen wordt bevorderd en zeker wordt gesteld dat zorg doelmatig en gepast wordt geleverd. Patiënten hebben ten slotte een steeds belangrijker rol als gesprekspartner voor arts (keuze behandeling, gezamenlijke besluitvorming), voor de instelling (kwaliteit van zorg en dienstverlening) en voor de zorgverzekeraar (keuzes selectieve inkoop). Om deze rol goed te kunnen spelen is belangrijk dat patiënten in hun verwachtingen ten aanzien van zorgconsumptie worden voorgelicht over aanscherpingen in de toegang tot het verzekerde pakket. De suggesties die zijn gedaan passen bij de met partijen (waaronder de Patiëntenfederatie NPCF, de Orde van Medisch Specialisten (OMS), de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), GGZ Nederland, en Zorgverzekeraars Nederland[1]) gemaakte afspraken.

<u>Verspilling</u>
In de categorie Verspilling zijn de meldingen opgenomen die betrekking hebben op verspilling van genees- en hulpmiddelen. Die meldingen zijn overgedragen aan het programmateam Verspilling en zullen in dat kader verder worden opgepakt.

<u>Systeem</u>
In de categorie Systeem zijn veel meldingen binnengekomen over de marktwerking in de zorg, waarbij melders ook regelmatig opmerkingen maken over de premies en de winsten van zorgverzekeraars.

Uit de meldingen blijkt dat veel mensen zich zorgen maken over de marktwerking in de zorg. De melders vinden dat zorgverzekeraars teveel macht hebben en dat zij geen winst zouden mogen maken.

In mijn ogen is marktwerking de meest misbruikte term in de gezondheidszorg en is de discussie over al dan geen marktwerking sterk achterhaald. De zorg zal altijd een mix zijn van overheidsingrijpen (ten behoeve van de solidariteit en toegankelijkheid) en concurrentie (ten behoeve van de kwaliteit, innovatie en doelmatigheid). Binnen het huidige zorgstelsel is de verzekeraar een zorginkooprol toebedeeld. Hij moet namens zijn verzekerden zorg inkopen bij zorgaanbieders. Voorop staat dat de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit geborgd is. De

[1] De andere partijen, die bij de gesloten akkoorden betrokken zijn, zijn de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN), het Landelijk Platform GGZ, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), Meer GGZ, het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), de Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten (NVVP), en de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE), de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), de Landelijke Organisatie voor Ketenzorg (LOK), de Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG) en de Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN).

verzekeraar heeft een zorgplicht. De Nederlandse Zorgautoriteit houdt toezicht op deze aspecten. De afgelopen jaren is gebleken dat zorgverzekeraars de wet- en regelgeving goed naleven.

Het is zorgverzekeraars toegestaan om winst te maken. Hiermee kunnen extra investeringen in de kwaliteit en innovatie van zorg worden bekostigd. Maar bovendien is het behalen van winst noodzakelijk omdat een gezonde financiële positie de garantie biedt dat een zorgverzekeraar zijn zorgplicht ook in mindere periodes kan blijven nakomen. Daartoe worden de zogenaamd minimale solvabiliteitseisen door de Nederlandsche Bank (DNB) voorgeschreven. Zorgverzekeraars hebben doorgaans meer geld (oversolvabiliteit) omdat zij, als onderdeel van verantwoordelijkheid financieel beleid, ook rekening moeten houden met toekomstige veranderingen in de solvabiliteitseisen. Een voorbarige uitkering van geld uit de reservepositie levert ten hoogste eenmalige premieverlaging en zal naar verwachting opgevolgd moeten worden door premieverhogingen, omdat de kosten er niet structureel door dalen.

Bovendien zijn zorgverzekeraars op coöperatieve basis georganiseerd en dus niet op winst gericht. Dat betekent dat behaalde positieve resultaten vanzelfsprekend in een jaar daarop zullen leiden tot lagere premies. Zorgverzekeraars zijn doordrongen van het feit dat het aanhouden van grote oversolvabiliteit maatschappelijk onaanvaardbaar is. Verzekeraars hebben een deel van de oversolvabiliteit reeds in 2013 teruggegeven en de verwachting is dat dit voor 2014 ook zal gebeuren.

De concurrentie tussen zorgverzekeraars is dé prikkel dat zij de aan hen toevertrouwde middelen op een maatschappelijk verantwoorde wijze besteden en dat zij hierover ook transparant zijn. Uit het toenemende aantal overstappers concludeer ik dat verzekerden hun verzekeraar in steeds grotere mate beoordelen op het premiebeleid. Wanneer er meer winst wordt gemaakt dan strikt noodzakelijk, dan voelt de verzekeraar een sterke prikkel om deze ten goede te laten komen aan de verzekerden via een lagere premie. Een verzekeraar die dit niet zal doen prijst zichzelf uit de markt.

<u>Arbeidmarkt en Opleidingen</u>
Binnen de categorie Arbeidsmarkt en opleidingen zijn vooral veel suggesties binnengekomen over 'Topinkomens' en over 'Loondienst voor medisch specialisten'.

Topinkomens
De hoogte van sommige inkomens van zorgbestuurders ontmoet kritiek van de melders. Dat punt heeft mijn aandacht. Sinds 2003 zijn die inkomens openbaar en stuur ik ieder jaar een analyse naar de Kamer over de verantwoording van deze inkomens in de jaarverslagen van zorginstellingen. Ondermeer de daaruit verworven inzichten hebben er in geresulteerd dat er een wet is gemaakt om deze inkomens op een meer maatschappelijk verantwoord niveau te brengen en te houden. Op 1 januari 2013 is dan ook de Wet normering topinkomens (Wnt) in werking getreden. In het regeerakkoord zijn vervolgens afspraken neergelegd om de Wnt nog verder aan te scherpen. Dat gaat gebeuren door het maximum verder te verlagen en de werkingssfeer uit te breiden naar ook de medewerkers die geen bestuurder zijn.
Ik heb er begrip voor dat mensen in tijden waarin vooral wordt gesproken over noodzakelijke bezuinigingen, het moeilijk vinden om te horen dat een deel van de beschikbare middelen aan hoge salarissen en gouden handdrukken wordt uitgegeven. Ik ben echter van mening dat met de ingezette weg en de aanvullende afspraken uit het regeerakkoord op dit moment een goede invulling wordt gegeven aan het sturen op topinkomens en geef hiermee invulling aan de kritiek van de melders.

Loondienst
Diverse reacties gaan over het inkomen van medisch specialisten. Veelal wordt bepleit specialisten verplicht in loondienst te brengen, waarmee een belangrijke besparing op zorgkosten zou kunnen worden bereikt.

Eind 2012 heeft de commissie Meurs op mijn verzoek een rapport opgeleverd waarin beleidsopties met betrekking tot de inkomens van medisch specialisten zijn geïnventariseerd (TK 2012-2013 29248, nr. 242). Een verplichte overgang naar loondienst is één van beleidsopties die is onderzocht

door de commissie Meurs. Volgens de commissie is een dergelijke expliciete verplichting juridisch niet haalbaar. Ook stelt de commissie dat deze maatregel onvoldoende recht zou doen aan de dynamiek van de praktijk van ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra en het maatwerk dat op de werkvloer wordt gevraagd. De commissie stelt daarnaast dat er diverse inhoudelijk legitieme redenen kunnen zijn om te kiezen voor loondienst dan wel vrije vestiging, maar dat het de overheid niet past om daar centraal voor alle specialisten eenmalig een definitieve keuze in te maken.

Overigens is het maar de vraag of een verplichte overgang naar loondienst macro-economisch een besparing zal opleveren. Dat zal immers afhangen van de salarisonderhandelingen tussen specialist en ziekenhuis, de productiviteit van specialisten in loondienst ten opzichte van vrije vestiging en de mate waarin de nieuwe werkgever (het ziekenhuis) extra kosten maakt in de vorm van pensioenlasten, verzekeringen en mogelijk ook overnamekosten van de specialistenpraktijken. Ik ben daarom geen voorstander van een gedwongen overgang naar loondienst, nog afgezien van de door de commissie Meurs vastgestelde juridische belemmeringen.

Ik vind het belangrijk de keuze tussen vrije vestiging en loondienst te laten bestaan, zoals ook afgesproken met de sector in het recente akkoord over beperking van de uitgavengroei. Recentelijk zijn de inkomens van vrijgevestigd specialisten flink teruggebracht, zoals ook vastgesteld door de commissie Meurs. In 2010 en 2011 heb ik kortingen doorgevoerd oplopend tot bijna 20% van de salarissen van vrijgevestigd medisch specialisten. De in het regeerakkoord afgesproken aanvullende korting op de inkomens van medisch specialisten van 100 miljoen euro is inmiddels verwerkt in de macro beschikbare middelen zoals afgesproken in het genoemde sectorakkoord.

Eigen risico en eigen bijdragen

Er zijn veel voorstellen gedaan over het verplicht eigen risico en eigen betalingen. Hieruit blijkt dat dit onderwerp leeft onder burgers. Veel voorstellen hebben betrekking op het invoeren van meer of hogere eigen bijdragen. Het is goed om te zien dat burgers hiermee bezig zijn en beseffen dat eigen bijdragen en het verplicht eigen risico kunnen bijdragen aan het betaalbaar houden van de zorg op lange termijn. Hogere eigen bijdragen en eigen risico betekent lagere premies.
Een aantal voorstellen sprong er qua aantallen uit, namelijk: een eigen bijdrage voor verblijf in ziekenhuis, een eigen bijdrage voor huisarts(enpost) en een inkomensafhankelijk verplicht eigen risico. Deze drie maatregelen zijn recent overwogen en om uiteenlopende redenen niet doorgegaan. Het opnieuw verkennen van deze drie opties acht ik op dit moment niet opportuun.

Veel andere voorstellen hebben betrekking op het invoeren van andere eigen bijdragen, bijvoorbeeld voor DBC's of voor het afhalen van medicijnen. Specifieke eigen bijdragen kunnen wenselijk zijn, bijvoorbeeld om het kostenbewustzijn te vergroten. Tegelijkertijd kunnen deze ook nadelen hebben, omdat zij tot gevolg kunnen hebben dat noodzakelijke zorg wordt gemeden doordat verschillende eigen bijdragen bij chronisch zieken die veel zorg gebruiken stapelen of dat deze eigen bijdragen relatief hoge uitvoeringskosten met zich mee kunnen brengen, bijvoorbeeld als de stapeling wordt begrensd met een plafond.
Op dit moment wordt door middel van een enquête onderzoek gedaan naar de vraag of de recente verhoging van het verplicht eigen risico ertoe leidt dat (meer) zorg wordt gemeden. Dat is waarschijnlijk als de zorg uitstel of afstel duldt. De uitkomsten hiervan worden voor de begrotingsbehandeling aan de Kamer gestuurd. Dit wordt aangevuld met een onderzoek op basis van de zorg zoals die in werkelijkheid is verleend. Dit onderzoek wordt later in de tijd uitgevoerd, omdat er een periode over heen gaat voordat de benodigde gegevens beschikbaar zijn.
Als laatste zijn er voorstellen gedaan dat er geen eigen bijdrage zou moeten zijn voor de huisarts. Dit is een misverstand. Bezoek aan de huisarts valt buiten het verplicht eigen risico. Om dit soort misverstanden beter in beeld te krijgen wordt in genoemde enquête onder andere ook aan mensen gevraagd wat volgens hen wel en niet onder het eigen risico valt. Daar kom ik in het kader van die enquête nog bij uw Kamer op terug.

Financiering en bekostiging

Binnen de categorie Financiering en bekostiging zijn veel suggesties binnengekomen over de 'DBC-structuur', over 'Financiële prikkels in het systeem' en over de 'Kosten van de zorg, de behandeling of het uitoefenen van een beroep'.

DBC-structuur
De ingebrachte suggesties die betrekking hebben op de DBC-structuur zijn divers van aard. Dat is niet verwonderlijk, aangezien de bekostiging van de medisch specialistische zorg nog maar net is overgegaan van ongeveer 44.000 DBC's naar 4.400 DOT's (bekostigingstitels). Dit is in een 'big bang' gebeurd per 1 januari 2012. De sector is op dit moment nog in transitie, te meer omdat de invoering van DOT is gecombineerd met de invoering van prestatiebekostiging.
Met de invoering van de DBC-structuur is de zorg, in vergelijking met de parameters van de oude budgetsystematiek, al een stuk transparanter geworden. Op het punt van transparantie heeft het DOT-systeem daar niets aan afgedaan, ondanks de indikking van het aantal bekostigingstitels. Deze indikking heeft kunnen plaatsvinden door onzinnige combinaties van DBC's te schrappen en DBC's specialisme-overstijgend te maken. Dat betekent niet dat we klaar zijn. We blijven met de veldpartijen werken aan verbetering van de structuur. Niet in een big bang, maar door voortdurende monitoring en verbetering. Daarnaast werken we ook hard aan andere wijzen om de zorg transparanter te maken. Zo zullen patiënten, zoals hierboven ook al genoemd, op de zorgrekening van DBC's geopend per 1 januari 2014 ook de uitgevoerde zorgactiviteiten teruggekoppeld krijgen. Daarnaast wordt er ook hard gewerkt aan het transparanter maken van de geleverde kwaliteit van zorg. Het Kwaliteitsinstituut (i.o.) zal daarin een grote rol spelen.

De suggesties laten zien dat de melders van mening zijn dat de DBC-structuur verbetering behoeft. Met de punten die ik hierboven heb genoemd geef ik aan daarmee fors bezig te zijn.

Financiële prikkels
Veel suggesties gaan over het wegnemen van de ervaren prikkel in met name de bekostiging van medisch specialistische zorg om meer te behandelen. Ook wordt gesuggereerd om, naast het uitvoeren van de verrichting, bijvoorbeeld ook een aspect als klanttevredenheid bij de betaling van de behandeling te betrekken. Ik deel deze insteek. Zoals ik mijn brief van dit voorjaar over uitkomstbekostiging in de curatieve zorg (TK 20120-2013 29248, nr. 255) heb aangegeven is het eindperspectief dat ik voor ogen heb, dat zorgaanbieders financieel geprikkeld worden om (gezamenlijk) optimale zorgresultaten te behalen, mensen zo gezond mogelijk te houden en gelijktijdig de kosten te beheersen.
Ik heb in de genoemde brief eveneens aangegeven dat uitkomstbekostiging pas daadwerkelijk van de grond zal komen als de kwaliteit van de geleverde zorg meetbaar is. Daarvoor is nodig dat duidelijk is wat goede zorg is en hoe gemeten kan worden of deze zorg ook daadwerkelijk geleverd is. Voor het meten van kwaliteit en doelmatigheid zijn objectieve kwaliteitsindicatoren en veldnormen nodig. De ontwikkeling van indicatoren door het veld is een weerbarstig proces gebleken. Daarom is het Kwaliteitsinstituut in het leven geroepen. Het Kwaliteitsinstituut (i.o.) krijgt de rol om de ontwikkeling te stimuleren van zowel afspraken over wat goede zorg is (professionele standaarden) als de wijze waarop die gemeten wordt (kwaliteitsindicatoren).
De afspraken in het recente akkoord over de medisch specialistische zorg haken hierop in. In dat akkoord is namelijk niet alleen afgesproken dat betere uitkomsten van zorg beloond gaan worden waarmee wordt toegewerkt naar betaling op basis van de behaalde resultaten van de behandeling, maar ook het tot stand brengen van de noodzakelijke randvoorwaarden zoals het opstellen van richtlijnen en de ontwikkeling en het gebruik van patiëntuitkomsten (PROMs).
De suggesties zie ik dan ook als een ondersteuning van de door de sector en mij ingezette koers.

Kosten behandeling/zorg/beroep
Veel suggesties hebben betrekking op de tarifering van de medisch specialistische zorg. Op dat vlak (i.c. de bekostigingssystematiek) zijn de laatste jaren flinke stappen gezet. In de medisch specialistische zorg is inmiddels sprake van ruim 70% vrije tarieven en gelden voor het restant maximumtarieven en beschikbaarheidsbijdragen. De vrije tarieven stellen ziekenhuizen en verzekeraars in staat om in contractsonderhandelingen tot lokale afspraken te komen over prijs, volume en kwaliteit van de te leveren zorg. Vanaf 2015 zal er bij de ziekenhuizen voorts sprake zijn van integrale bekostiging, waarmee de bestaande deelregulering van de honoraria van medisch specialisten komt te vervallen. Het afschaffen van deze deelregulering beoogt partijen te focussen op hun rol in het stelsel: zorgverzekeraars op een scherpe inkoop selectieve inkoop en zorgaanbieders (instellingen en medisch specialisten) op een doelmatige bedrijfsvoering bij het leveren van kwalitatief goede zorg, waarbij sprake is van gelijk gerichte belangen.

Waar nog wel sprake is van tariefregulering worden tarieven regelmatig herijkt, zodat ze nauw blijven aansluiten bij de werkelijke kosten die aanbieders maken. In dat verband is de herijking van de honorariumtarieven van kaakchirurgen het vermelden waard, waarover ik u dit voorjaar heb geïnformeerd.

Bureaucratie en management

In de categorie Bureaucratie en management zijn vooral suggesties opgenomen die betrekking hebben op vermindering van administratieve lasten.
Bureaucratie en management zijn brede begrippen. Vaak worden ze ingevuld als alles wat niet direct de zorg betreft. Dat beeld komt ook uit de meldingen. Melders geven daarmee aan dat zij vinden dat geld voor zorg ook daadwerkelijk aan zorg besteed moet worden.

Het terugdringen van administratieve lasten draagt bij aan een doelmatige en efficiënte inzet van zorgmiddelen. Het betreft hier een onderwerp waar de sector in eerste instantie zelf aan zet is. Waar nodig en mogelijk wordt dit vanuit mijn ministerie ondersteund en gestimuleerd. Er lopen diverse trajecten die de komende tijd worden voortgezet en uitgebreid. Het kwaliteitsbeleid in de zorg kan flink verbeteren met een fikse opruiming van niet onderscheidende kwaliteitscriteria en kwaliteitseisen. Het Kwaliteitsinstituut (i.o.) gaat zorgaanbieders doorlopend stimuleren om hier de bezem door te halen en indien nodig ook zelf hiervoor voorstellen doen. In de nieuwe hoofdlijnenakkoorden zijn afspraken met alle partijen gemaakt om echt werk te maken van het verbeteren van de kwaliteitsindicatoren in de curatieve zorg.
Binnen de zorg wordt deze regeldruk veelal niet veroorzaakt door regelgeving, maar vanwege gebrek aan samenhang in de informatieuitvraag van verschillende partijen en bijvoorbeeld door de verschillende vormen van certificering. Actal heeft in dit verband onderzoek gedaan naar de ervaren regeldruk van verpleegkundigen en komt tot de conclusie dat ca. 90% van de door hen ervaren regeldruk inderdaad niet veroorzaakt wordt door wet- en regelgeving (maar door bijvoorbeeld zorgverzekeraars, managementrapportages van aanbieders, brancheverenigingen, belangengroeperingen etc.). Dit jaar wordt in overleg met samenwerkende koepels in de eerste lijn onderzoek ingezet naar de administratieve lasten van de huisarts.
Naar aanleiding van de uitkomsten van het onderzoek naar administratieve lasten van verpleegkundigen werken we daar samen met de beroepsverenigingen aan. Administratieve lasten zijn een veelkoppig monster dat alleen kan worden bedwongen door continue aandacht en structurele inzet van alle partijen. Toepassing van nieuwe techniek kan daarbij enorm helpen, mits goed ingezet. Ik zal mij ervoor blijven inzetten dat we hier onverminderd aandacht voor blijven hebben.

Genees- en hulpmiddelen

Er zijn diverse suggesties gedaan op het terrein van de genees- en hulpmiddelen.

Op basis van de bevindingen van de ”verkenners extramurale farmacie”, de heren Rinnooy Kan en Reibestein, voert de hele farmaceutische sector een concrete kwaliteitsagenda uit. Deze agenda bevat veel zaken waarover meldingen zijn gedaan.
Zo werken partijen onder meer aan meer transparantie van prijzen voor geneesmiddelen en duidelijker rekeningen voor verzekerden. Ook wordt de beschikbaarheid van geneesmiddelen en de gevolgen voor de administratieve lasten van het preferentiebeleid onder de loep genomen. Verder werken partijen aan een meer uniforme medicatiecheck en aan andere zorgverbeterende aspecten van het apothekersberoep. In 2014 wordt begonnen met het uitvoeren van financiële arrangementen bij vergoedingsbesluiten over dure en weesgeneesmiddelen.
Zoals ik u eerder heb gemeld (o.a. met mijn brief van 9 september jl. over het rondetafelgesprek over de prijsvorming van geneesmiddelen, TK 2013/14, 29477, nr. 258) vindt in januari 2014 wederom een Bestuurlijk Overleg Farmacie plaats. De kwaliteitsagenda zal voor die tijd afgerond worden.

Toezicht en Fraude

Er zijn verschillende suggesties gedaan op het terrein van toezicht en fraude. Zoals u weet, heeft dit thema de expliciete aandacht van de staatssecretaris en mijzelf. De suggesties hebben onder meer betrekking op betere controle op declaraties en het voorkomen van betalen van verkeerde declaraties. Op 16 september jl. hebben wij u ons plan van aanpak bestrijding fraude in de zorg

gestuurd. De thema's die door melders worden genoemd komen in dit plan terug. De meldingen zijn daarmee voor ons ondersteuning voor het door ons ingezette beleid.

Grenzen aan de zorg
De reacties die te maken hebben met de grenzen van ons zorgstelsel zijn zeer divers. Daarom is het niet eenvoudig om hier een reactie op te geven die recht doet aan alle voorstellen die zijn gedaan. Verschillende reacties hangen samen met een mentaliteitsverandering die vanuit mensen zelf zal moeten komen en waarbij de overheid meer een bewustmakende rol heeft. De participatiesamenleving waar meedoen en voor elkaar zorgen belangrijke aspecten zijn, past bij de Nederlandse mentaliteit en zal door ons worden gepropageerd. Zo worden er voorstellen gedaan om mensen meer eigen verantwoordelijkheid te laten nemen. Ik sta positief tegenover dergelijke ontwikkelingen, en wil ik benadrukken dat ik het van belang acht dat arts en patiënt over een behandeling in gesprek gaan en in overleg besluiten wat gegeven de specifieke situatie van die patiënt het beste past. Dat kan ook de keuze om niet verder te behandelen zijn. Verschillende reacties leggen hierbij de nadruk op besluitvorming over behandelingen in de laatste levensfase, maar mijn inziens geldt dit ook voor behandelingen die niet in de laatste levensfase plaatsvinden. Een maatschappelijk debat over deze mentaliteitsverandering en de gezamenlijke besluitvorming ondersteun ik. Daarom wil ik hierbij ook de initiatieven van ZonMw en KNMG over 'Moet alles wat kan?' en 'Passende zorg in de laatste levensfase' noemen, die ook tot doel hebben dit debat verder te brengen.

Overig Cure
De overige meldingen betreffen onderwerpen die door één of enkele melders zijn genoemd en die niet te scharen waren onder één van de categorieën hierboven. Het algemene beeld daarbij is dat het gaat om onderwerpen die reeds mijn aandacht hebben. Ik bekijk of en op welke manier de meldingen behulpzaam kunnen zijn in mijn verdere beleidsontwikkeling.

Care
Een klein deel van de suggesties (7%) heeft betrekking op de care. Daarbij zijn meldingen binnengekomen over de langdurige zorg, de maatschappelijke ondersteuning en een enkele suggestie over de jeugdzorg.

Veel van de genoemde suggesties sluiten aan bij zaken die ook een rol spelen bij de uitwerking van de plannen voor de herziening van langdurige zorg en de vernieuwde Wmo. Betreffende wetsvoorstellen zullen naar verwachting in het najaar aan uw Kamer worden aangeboden. Andere suggesties gaan over verspilling in de care, of hebben betrekking op lopende beleidstrajecten, zoals het traject rond het solide pgb.

De staatssecretaris zal de reacties op deze onderwerpen meenemen in de beleidsontwikkelingen die op zijn terrein liggen of in de verspillingsagenda op het terrein van de langdurige zorg.

Preventie
Veel melders zijn van mening dat preventie meer aandacht verdient. Met het Nationaal Preventie Programma (NPP) dat dit najaar aan uw Kamer wordt gestuurd beogen we met vele partijen samen de inzet op preventie verder te versterken en te versnellen. Dit sluit aan bij de gedachte dat zorg voorkomen beter is dan genezen.

Zo ontving ik veel suggesties die te maken hebben met gezond eten, alcoholgebruik en roken. Op deze terreinen is nog veel te winnen. Gezonder eten kan zeker bijdragen aan meer gezonde en fitte mensen. In veel gevallen is het echter de keus van iemand zelf wat hij of zij eet, daar beslis ik niet over als minister. Ik zet me er wel voor in dat de gezonde keuze makkelijker wordt door te stimuleren dat het aanbod gezonder wordt (bijvoorbeeld minder zout, verzadigd vet en suiker in producten) en door goede informatie beschikbaar te maken. Dit gebeurt voornamelijk via informatie op het etiket en via het Voedingscentrum. Via de Gezonde School, en de Gezonde Schoolkantine wordt de omgeving van kinderen gezonder gemaakt en wordt kinderen geleerd wat gezond is en wat niet.
Ook leg ik veel prioriteit bij verminderen van tabaksgebruik, onder andere via voorlichting, het stimuleren van rookvrije schoolpleinen, en het verhogen van de leeftijdgrenzen voor tabak (en

alcohol). Mensen die willen stoppen met roken, kunnen dat vergoed krijgen via de (basis) zorgverzekering.

Ten aanzien van bewegen wordt via het programma “sport en beweging in de buurt” samen met gemeenten, private partijen zoals scholen, fitnesscentra en sportverenigingen gestimuleerd dat kinderen, ouderen en anderen meer in beweging komen en sport als onderdeel van hun dag/werk ritme gaan zien.

Met het Nationaal Preventie Programma worden kabinetsbreed, samen met gemeenten en zoveel mogelijk betrokken partijen, de krachten gebundeld om van veel lokale en losse initiatieven een bredere beweging/golf op gang te krijgen die door de massa veel meer impact zal hebben.